МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОЮЗА ССР

1 · 91 ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ

Ежеквартальный научно-практический журнал

ОСНОВАН В 1988 г.



МОСКВА 1991 «МЕДИЦИНА»

УДК 616.89-008.441.13:312.6 (47+57) «1965—1989»

В. Е. Пелипас, Л. Д. Мирошниченко

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛИЗМОМ В СССР ЗА 25 ЛЕТ (1965—1989 ГГ.) И ОЦЕНКА СЛОЖИВШЕЙСЯ СИТУАЦИИ

ВНЦ наркологии (дир.— проф. Н. Н. Иванец) Минздрава СССР, Москва

1990 г. стал переломным в системе наркологической помощи в СССР. На повестке дня — пересмотр принципов ее организации, включая правовые основы привлечения наркологических больных к лечению. Теперь акцент делается на добровольность лечения и изменение характера отношений между наркологом и пациентом. В соответствии с этим следует ожидать и принципиальных изменений в практике постановки наркологических больных на диспансерный учет вплоть до ликвидации обязательности этого правила, сопряженного с ограничением ряда гражданских прав больных.

Как следствие, принципиально изменится и официальная статистика наркологических заболеваний, основанная на статистической отчетности наркологических и психиатрических учреждений системы Минздрава СССР, в свою очередь опиравшуюся на единые требования по диспансерному учету больных. Должны измениться и критерии такого учета, расшириться перечень условий, являющихся основанием для отказа от постановки на диспансерный учет, что повлечет за собой резкое сокращение размеров учитываемого контингента больных.

Исходя из вышесказанного, с точки зрения эпидемиолога можно рассматривать 1989 г. как последнюю точку в достаточно длинном непрерывном динамическом ряду статистических данных по наркологической помощи, собиравшихся по единому принципу в течение многих лет (с 1965 г.) и позволявших следить за ситуацией в отношении наркологических заболеваний в СССР, союзных республиках, различных регионах страны, а также проводить сравнительный анализ.

Сейчас уже можно подвести «эпидемиологические итоги» этого периода с помощью различных показателей, рассчитанных на основе данных статистической отчетности. Необходимо разобраться, какая динамика привела к теперешней ситуации, каковы основные черты этой ситуации, а значит, какова ее ближайшая перспектива. Для происходящей реорганизации наркологической службы нужны четкие и достаточно объективные ориентиры.

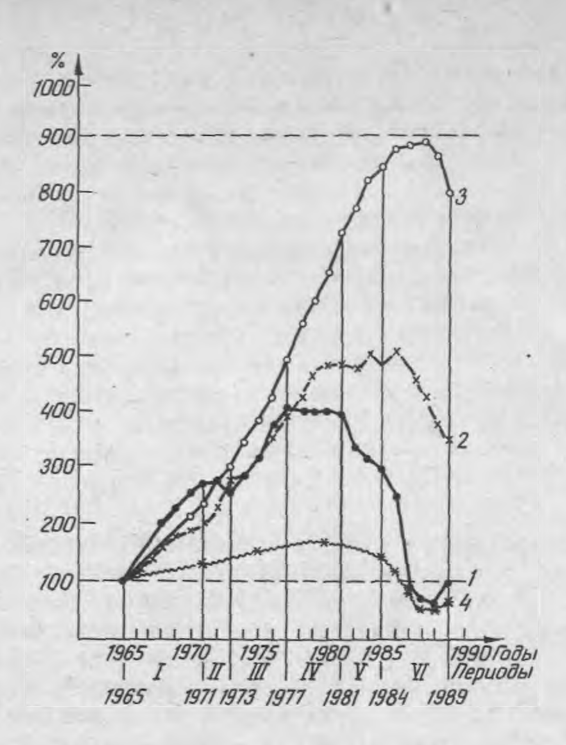
Напомним, что до последнего времени статистическая отчетность по наркологической помощи опиралась на 3 основных отчетных документа: форму № 1, форму № 90-обл. и отчет-вкладыш № 9а (до 1976 г.— № 9) и соответствующие инструкции по их заполнению. Эта унифицированная отчетность была обязательной для всех административно-территориальных единиц СССР. Каждая союзная республика составляла по единым правилам свой отчет и передавала его в Минздрав СССР, где после проверки всех республиканских отчетов на корректность составления ежегодно формировался общесоюзный свод статистических данных по системе наркологической помощи. Таким путем обеспечивалась возможность сопоставления ситуации и наблюдения за ее изменениями в республиках и в целом по СССР из года в год. В частности, этот источник данных дает возможность рассчитать показатели выявленной (учтенной) заболеваемости и болезненности алкоголизмом, позволяющие достаточно объективно судить о многих особенностях эпидемиологической ситуации в масштабе страны в динамике на разных отрезках рассматриваемого периода.

Следует подчеркнуть, что нет другого источника для подобного анализа. Отдельные, немногочисленные из-за их трудоемкости выборочные исследования (в частности, работы Н. Я. Копыта, В. Г. Запорожченко, Е. Д. Красика, В. Б. Миневича, В. Я. Семке и др.) давали представление лишь о ситуации в ограниченном регионе или какой-либо специфической субпопуляции.

Показатели выявленной заболеваемости и болезненности алкоголизмом претерпели на протяжении 25-летнего периода сложную динамику (см. рисунок). Можно выделить по крайней мере 6 периодов, различающихся не только по уровню, но и по темпам роста заболеваемости. При этом следует иметь в виду, что учтенная заболеваемость не совпадает с реальной, но соответствует ей в степени, прямо зависящей от структуры и уровня развития («мощности») наркологической службы.

В 1965 г., когда еще не было специализированной наркологической службы, а регистрация и лечение больных алкоголизмом осуществлялись в психиатрических диспансерах, в стране было выявлено и взято на диспансерный учет 97 542 больных, что соответствует показателю заболеваемости (ПЗ) 42,2 (здесь и далее ПЗ рассчитаны на 100 000 населения). В 1971 г. было взято на учет уже 198 430 больных алкоголизмом (ПЗ 81,0).

Еще более высокими темпами в это время росло количество регистрируемых случаев алкогольных психозов. ПЗ алкоголизмом вырос в 1,9 раза,



Динамика показателей заболеваемости алкогольными психозами (*1*), алкоголизмом (*2*), болезненности алкоголизмом (*3*) и продажи алкогольных напитков в литрах абсолютного алкоголя на душу населения (*4*).

Уровень 1965 г. принят за 100 %.

ПЗ алкогольными психозами — в 2,6 раза (с 5,4 до 14,0). Поскольку алкогольные психозы выявляются с гораздо большей полнотой, чем алкоголизм, можно заключить, что в промежутке с 1965 по 1971 г. (I период) наблюдался не только быстрый рост численности регистрируемых больных алкоголизмом, но и значительный рост реальной (истинной) заболеваемости алкоголизмом.

В 1972—1973 гг. (II период) рост ПЗ алкогольными психозами остановился при продолжающемся росте ПЗ алкоголизмом в целом. В 1973 г. ПЗ алкогольными психозами (13,1) был даже ниже, чем в 1971 г., в то время как ПЗ алкоголизмом продолжал расти, увеличившись за 2 года на 36,9 %. Видимо, в этом периоде истинная заболеваемость не росла или почти не росла, но выявляемость больных алкоголизмом улучшалась, что отражалось в росте общего ПЗ.

Тенденции, наблюдавшиеся в этом коротком периоде, требуют, тем не менее, особой трактовки, для чего необходимо привлечь дополнительную информацию. По-видимому, не случайно на этот же период приходится Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР о борьбе с пьянством и алкоголизмом 1972 г., впервые придавшее антиалкогольной кампании тотально репрессивный характер. Не исключено, что это обусловило гиподиагностику алкогольных психозов и их маскировку, тем более что аналогичная ситуация повторилась через 13 лет.

Однако этот эффект антиалкогольной кампании в отношении регистрации алкогольных психозов, если он был, продолжался недолго. В 1974 г. ПЗ алкогольными психозами снова стал расти, опережая рост ПЗ алкоголизмом, что продолжалось до 1977 г. включительно (III период). Первый показатель возрос в 1,7 раза, второй — в 1,5 раза. Естественно предположить, что в этом промежутке времени имел место существенный рост истинной заболеваемости алкоголизмом.

В 1978—1981 гг. (IV период) ПЗ алкогольными психозами оставался практически неизменным (в пределах 21,1—21,7) при продолжающемся, но более медленном росте ПЗ алкоголизмом (с 185,7 до 206,8). В это время, по-видимому, заболеваемость алкоголизмом еще увеличивалась, но с заметным замедлением темпа. Рост регистрируемого показателя частично обусловливался улучшением выявляемости больных благодаря продолжающемуся укреплению самостоятельной наркологической службы, созданной в 1976 г. В этот период прекратился и рост числа госпитализированных больных с алкогольными психозами. В промежутке с 1965 по 1977 г. их число возросло с 42 447 до 152 071. Об улучшении выявления больных алкоголизмом от года к году и о более раннем выявлении их свидетельствует устойчивое снижение доли алкогольных психозов в общем числе регистрируемых первичных случаев алкоголизма: в 1971 г. она составляла 17,3 %, в 1978 г.— 11,6 %, в 1982 г.— 8,7 %. С этим коррелирует динамика показателя доли больных в III стадии алкоголизма среди первичных больных. В 1976 г., когда продолжала расти истинная заболеваемость алкоголизмом и перегруженная диспансерная служба со значительным запозданием регистрировала больных алкоголизмом, доля больных с III стадией среди впервые взятых на учет достигала 19,7 %, т. е. каждый пятый больной выявлялся на далеко зашедшем этапе заболевания. К 1981 г. этот показатель снизился до 5,6 %, а к 1984 г. он упал до 1,7 %.

С 1982 по 1984 г. включительно ПЗ алкогольными психозами стал неуклонно снижаться при неизменном ПЗ алкоголизмом в пределах небольшого диапазона колебаний (208± 2,8). Скорее всего, в этом промежутке времени (V период) не было роста истинной заболеваемости алкоголизмом. Доля алкогольных психозов, как и доля III стадии алкоголизма, продолжала падать, что говорило о более раннем выявлении больных алкоголизмом благодаря продолжающемуся росту мощности наркологической службы (в 1984 г. число наркологических коек возросло по сравнению с 1980 г. на 44,1 %, число врачей-наркологов — на 47,2 %).

Показатель болезненности (ПБ) в отличие от ПЗ изменялся в рассматриваемом периоде значительно более монотонно. На протяжении длительного времени (до 1981—1982 гг.) его рост был близок к линейному с удвоением каждые 6—6,5 года. Он отражал неуклонное накопление больных алкоголизмом на диспансерном учете, что на фоне возрастающей заболеваемости алкоголизмом обусловливало более быстрый рост ПБ по сравнению с ПЗ алкоголизмом. С 1965 по 1984 г. ПБ возрос в 8,5 раза, ПЗ — в 5 раз. После того, как ПЗ алкоголизмом перестал расти, рост ПБ замедлился и в 1985 г. практически остановился (см. рисунок).

Все эпидемиологические показатели бесспорно свидетельствуют о том, что к 1985 г. алкогольная ситуация в стране стабилизировалась.

Показатели, полученные на основе данных

статистической отчетности в следующем, VI периоде, требуют несколько иной трактовки. Появление в мае 1985 г. известного Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР об усилении борьбы с пьянством и алкоголизмом и последовавшее двукратное повышение цен на крепкие спиртные напитки радикально изменили естественный ход событий и привели к совершенно новой наркологической ситуации в стране, требующей особой оценки. Тотально репрессивный характер антиалкогольной кампании заставил больных алкоголизмом с еще большим упорством избегать постановки на диспансерный учет и направления на лечение. Резкое снижение продажи алкогольных напитков (с 8,4 л абсолютного алкоголя на душу населения в 1984 г. до 3,3 л в 1987 г., см. рисунок) было в значительной мере, если не сполна, компенсировано бурным ростом самогоноварения, ростом хищений технического спирта, злоупотреблением парфюмерными средствами, препаратами технической и бытовой химии [3].

Показатели диспансерного учета в этом периоде (с 1985 по 1988 г.) изменились следующим образом. ПЗ алкоголизмом в 1985 г. сначала несколько возрос (до 217,0) по сравнению с предыдущим годом, затем стал снижаться (на 29,1 % к 1988 г.). ПЗ алкогольными психозами резко упал (в 3,2 раза к 1988 г.). Число госпитализированных больных с диагнозом алкогольного психоза тоже упало с 97 926 в 1985 г. до 42 495 в 1988 г.

Все это на первый взгляд дает как будто бы основание констатировать резкое снижение заболеваемости алкоголизмом. Однако есть данные, которые заставляют в этом усомниться. Опросы населения показывают, что численность отказывающихся от употребления алкогольных напитков заметно не возросло. По-прежнему очень велико число лиц, помещаемых в медвытрезвители. В Москве, например, оно устойчиво держится на уровне 300 000—330 000 в год. В 1988 г. в целом по СССР в вытрезвителях побывало 4 528 300 человек [2]. По данным МВД СССР, в 1988—1989 гг. за распитие спиртных напитков на производстве и пребывание на работе в нетрезвом состоянии только органами внутренних дел было составлено 650 тыс. административных протоколов [3]. Ежегодно за нарушения антиалкогольного законодательства задерживается 150 000—200 000 несовершеннолетних (на 20 % больше, чем в 1985 г.) и 20 000 помещаются в медвытрезвители. Высока доля преступлений, совершаемых в состоянии опьянения (44,7 % осужденных в 1988 г.) [1].

Есть некоторые основания полагать, что усиление репрессий по отношению к пьяницам и больным алкоголизмом, а также резкое увеличение числа случаев злоупотребления суррогатами и заменителями алкоголя в первые годы антиалкогольной кампании повлияло на диагностические установки и предпочтения. Это в свою очередь, возможно, привело к тому, что определенная часть алкогольных психозов стала проходить по другим диагностическим, а следовательно, и статистическим рубрикам, например по рубрике «интоксикационные психозы».

Кроме того, часть больных алкоголизмом, попадающих в наркологические диспансеры, несомненно «перелилась» в категорию лиц так называемого «профилактического наблюдения», введенного в диспансерную практику в 1984 г.

Если взять суммарный показатель учета и профилактического наблюдения, рассчитанный на 100 000 населения, то в 1985 г. он составлял 364,2, а в 1989 г.— 342,1. Как видим, разница несущественная. Едва ли можно предположить, что в популяции одновременно резко возрастает группа риска заболевания алкоголизмом при столь же резком падении заболеваемости.

Что касается наркологической службы, то она в это время продолжала развиваться. С 1985 по 1989 г. количество врачей-наркологов увеличилось более чем на 50 %, число наркологических коек — почти на 15 %, причем койки стали простаивать (в 1989 г. были заняты в среднем по стране только 285 дней).

Нет также никаких оснований предполагать и какое-либо увеличение реальной заболеваемости алкоголизмом. Несмотря даже на происшедший рост ПЗ алкогольными психозами с 4,1 в 1988 г. до 5,6 в 1989 г. Возможно, этот прирост отражает некоторые ослабления репрессивного отношения к больным алкоголизмом в последний год и уменьшение оснований для диагностической «маскировки», но не исключены и другие причины, в том числе рост злоупотребления суррогатами. Во всяком случае, одного года наблюдений совершенно недостаточно для анализа этого факта. Нужен, по крайней мере, еще один год для констатации тенденции.

Таким образом наиболее отвечающей действительности представляется следующая оценка ситуации в интервале с 1985 г. по 1989 г.: реальная заболеваемость алкоголизмом, если и понизилась, то незначительно. Скорее всего, можно говорить о стабилизации на достаточно высоком уровне ее (ПЗ алкоголизмом в 1989 г. в 3,5 раза превышала уровень 1965 г.). Об этом свидетельствует и наблюдающаяся стабилизация показателей в отдельных субпопуляциях. Соотношение ПЗ алкоголизмом на селе и в городе (1:1,3) и соотношение ПЗ алкогольными психозами на селе и в городе (1:1,5) не меняется в течение 3 лет. Соотношение мужчин и женщин в структуре заболеваемости алкоголизмом последние 5 лет держалась стабильно на уровне примерно 7:1.

При оценке ситуации и ее тенденций в целом по СССР нельзя игнорировать, что она складывается из ситуаций в отдельных республиках, где может наблюдаться совершенно различная картина [4]. Действительно, ПЗ алкоголизмом, например в 1989 г., в РСФСР был выше, чем в Армении, в 16,5 раза, ПЗ алкогольными психозами — в 8,3 раза. Значительно различаются и структурные отношения в заболеваемости алкоголизмом, по-разному развивалась динамика показателей. Поэтому прогноз для различных территорий может быть совершенно разный, что требует отдельного подробного обсуждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бюллетень Верхов. Суда.— 1989.— № 3.— С. 3.
2. *Заиграев Г. Г.* // Родина.— 1989.— № 9.— С. 32—37.

3. *Заиграев Г. Г.* // Народ. депутат.— 1990.— № 6.— С. 90—97.
4. *Ураков И. Г., Мирошниченко Л. Д.* // Здравоохр Рос. Федерации.— 1989.— № 1.— С. 35—39.

Поступила 28.11.90

THE DYNAMICS OF ALCOHOLISM MORBIDITY RATE IN THE USSR OVER THE 25-YEAR PERIOD (1965-1989) AND ASSESSMENT OF THE SITUATION

V. E. Pelipas, L. D. Miroshnichenko

Summary. The authors described the dynamics of the indices of alcoholism morbidity rate and psychoses on the whole territory of the USSR over a long period of time with spacing out into periods depending on the nature of the indices. Alcoholism morbidity rate in 1965-1977 among the population increased very quickly, then it was slowed down and after 1980 it practically stopped. After 1985 a small decrease in the morbidity rate took place.

A conclusion has been made on stabilization of epidemiological situation on a substantially more higher level as compared to 1965.

УДК 613.81:340.621

А. В. Немцов, А. К. Нечаев

ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАСИЛЬСТВЕННЫЕ СМЕРТИ

Московский НИИ психиатрии (дир.— проф. В. В. Ковалев) Минздрава РСФСР

Одним из самых важных показателей социально-психологического здоровья населения является уровень так называемых насильственных смертей (НС), которые наступают в результате убийств и самоубийств, отравлений различными веществами, включая алкоголь, дорожно-транспортных происшествий и других несчастных случаев. В структуре общей смертности населения доля НС довольно велика. В США, например, они стоят на первом месте среди умерших в возрасте до 40 лет и на третьем среди всего населения, уступая лишь смерти от сердечно-сосудистых заболеваний и новообразований [7, 9]. Это соотношение характерно и для нашей страны [4].

В литературе неоднократно указывалось на связь НС с потреблением алкоголя. В США алкоголь обнаруживали в 30—65 % случаев НС [8]. В одной из последних работ, проведенной в 1973—1983 гг., алкоголь в крови был обнаружен у 43 % жертв НС. При этом 31 % умерших находились в состоянии алкогольной интоксикации [6].

Соотношение НС и потребления алкоголя обычно описывается долей пьяных среди жертв НС. Однако такой показатель лишь приблизительно характеризует тяжесть проблемы, так как зависит не только от уровня потребления спиртных напитков, но и от многих других факторов, в частности уровня технизации. Более точным показателем могли бы стать данные о числе НС в состоянии опьянения, соотнесенные с показателями душевого потребления алкоголя населением.

Объектом настоящего исследования явилась динамика НС в Москве в 1983—1987 гг.[1] в сопоставлении с продажей алкогольных напитков на душу населения и уровнем продажи сахара[2], который может косвенно указывать на нелегальное производство спиртных напитков.

Противоалкогольное законодательство и последующие мероприятия в этом направлении привели к резкому сокращению продажи алкогольных напитков в Москве: в 1986 г. на 38,3 %, а в 1987 г. на 44,2 % от уровня 1984 г. (рис. 1). В свою очередь это вызвало резкое изменение ряда медицинских показателей, включая численность алкогольных психозов, связанных линейной зависимостью с потреблением алкоголя [4]. Это же касается и НС как в целом (см. рис. 1), так и по некоторым отдельным видам: в результате отравлений различными веществами, включая алкоголь и его суррогаты, падений с высоты и дорожно-транспортных происшествий (рис. 2). В 1983—1984 гг. эти виды НС составили 61,6 % всех НС. При этом алкоголь в крови определялся в 57,9 % случаев, тогда как среди всех НС — в 53,9 %. Значительную часть (14,2 % всех НС) составляли отравления алкоголем и его суррогатами.

Как видно из рис. 1, в результате снижения продажи спиртных напитков в 1985—1987 гг. произошло резкое уменьшение НС в состоянии алкогольного опьянения (НСП): в 1986 г. в 2 раза по сравнению с 1984 г. ($r=0,98$). За то же время число НС в трезвом состоянии (НСТ) уменьшилось на 9,3 % ($p<0,001$).

Почти все виды НСП (рис. 2, *б*) за это время также уменьшились, что коррелировало с уменьшением продажи спиртных напитков: $r=0,94$ для дорожных травм, автомобильных, мотоциклетных и рельсовых, $r=0,99$ для отравлений алкоголем и его суррогатами, $r=0,95$ для падений с высоты. Количество смертельных отравлений лекарствами на фоне приема алкоголя существенно не изменилось. Незначимой была корреляция проданного алкоголя и НС в результате многочисленных отравлений, отнесенных в разряд прочих.

Более сложными оказались соотношения числа НСТ с продажей алкогольных напитков (см. рис. 2, *а*). НС в результате автодорожных травм прогредиентно возрастали (в 1987 г. на 35,2 % по сравнению с 1984 г.; $p<0,001$), что может быть связано с ростом количества транспортных средств в Москве, особенно индивидуальных, повышением дозволенной скорости на ряде ее магистралей и другими явлениями, ухудшавшими автодорожную ситуацию. Вместе с тем в 1985—1986 гг. резко уменьшилось количество НСТ в результате падений с высоты, что коррелировало с уменьшением продажи алкоголя ($r=0,88$). Снижение числа НСТ мы склонны объяс-

[1] Данные представлены Бюро судебно-медицинской экспертизы ГУМЗ.

[2] Данные представлены Московским городским управлением статистики.

Редакционная почта

Некролог

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

Адрес редакции журнала:

117819, ГСП-7, Москва
Научный проезд, 6, издательство «Медицина»
(проезд метро до станции «Калужская»)
Телефон: 120-51-41

Зав. редакцией *Л. Н. Афанасьева*

Редактор *А. Э. Горбачёва*
Технический редактор *Л. В. Зюкина*

Художественный редактор *М. Л. Маркелова*
Корректор *Т. В. Полухина*

Сдано в набор 10.01.91. Подписано в печать 22.02.91. Формат $60\times88^1/_8$. Печать офсетная. Усл. печ. л. 5,88. Усл. кр. отт. 6,86. Уч. изд. л. 6,10. Тираж 4841. Заказ 5071. Цена 70 коп.

Ордена Трудового Красного Знамени
Издательство «Медицина» Москва 101000. Петроверигский пер. 6/8
Набрано на ордена Трудового Красного Знамени
Чеховском полиграфическом комбинате
Государственного комитета СССР по печати
142300, г. Чехов Московской обл.

Отпечатано в Подольском филиале ПО «Периодика»
Государственного комитета СССР по печати
142110, г. Подольск ул. Кирова, 25